



Hallucinations et expériences de la rupture

Guy Gimenez, Jean-Louis Pedinielli, Georges Rouan, Magali Guimont

► To cite this version:

Guy Gimenez, Jean-Louis Pedinielli, Georges Rouan, Magali Guimont. Hallucinations et expériences de la rupture. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1997, 13. hal-01388613

HAL Id: hal-01388613

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01388613>

Submitted on 27 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Hallucinations et expériences de la rupture

G. GIMENEZ¹ - J.L. PEDINIELLI² - G. ROUAN³ - M. GUIMONT⁴

Résumé :

Les auteurs décrivent les caractéristiques des conditions d'émergence d'hallucinations d'une patiente schizophrène de 79 ans. Il s'agit de situations de tension liées à des expériences de rupture, discontinuité et séparation impensable d'objets qui perturbent la continuité psychique.

Est décrit le mouvement de l'investissement du clinicien par la patiente, enfermée dans son univers paranoïde où elle est intrusée par les hallucinations persécutives. Les auteurs rendent compte de l'évolution de la capacité de la patiente à se représenter les objets et le clinicien ainsi que le lien à celui-ci, à partir d'un objet externe, puis avec des mots (représentations de mots).

Mots clés :

Expérience de la rupture, hallucination, discontinuité psychique, séparation impensable, schizophrénie.

Hallucinations and break-up experience

Summary :

About a 79 years old schizophrenic patient, the authors describe and specify the emerging conditions of her hallucinations. It concerns situations of tension linked with experiences of breaking-up, discontinuity and unthinkable separation from objects which disrupt psychic continuity.

It is described the patient's invested motions toward the clinician while she is enclosed in her paranoid and intruded with hallucination universe. Authors emphasized the evolution of the patient's capacity of object representing, the clinician representation and the bond to him, first through and by external object, later with words (word representation.).

Key words :

Break-up experience, hallucination, psychic discontinuity, schizophrenia, unthinkable separation.

Introduction

L'hallucination, malgré la fascination qu'elle semble exercer, demeure en psychopathologie, un phénomène peu exploré. Les patients psychotiques, et en particulier les schizophrènes, évoquent souvent, au cours d'une thérapie, des expériences hallucinatoires. Il arrive également que ces moments hallucinatoires émergent pendant des entretiens. Ces moments d'interactions avec le patient peuvent nous permettre de mieux appréhender le phénomène hallucinatoire. Nous décrirons les caractéristiques des conditions d'émergence des hallucinations chez une patiente schizophrène de 79 ans : des situations de tension liées à des expériences de rupture, discontinuité et séparation impensable d'objets qui perturbent la continuité psychique. Nous rendrons également compte de l'évolution, dans la dynamique relationnelle, du passage de l'état de chaos psychique et de déliaison chez cette patiente, à un début de travail de liaison et d'élaboration.

Présentation de Mme G.

Mme G. est une dame de soixante dix-neuf ans, hospitalisée depuis une dizaine d'années après une décompensation schizophrénique à thèmes persécutifs : elle avait l'impression que ses voisins lui voulaient et lui faisaient du mal, l'insultaient, insinuaient des choses

déplacées, elle voyait des persécuteurs entrer dans sa maison. Mme G. s'est progressivement chronicisée dans un pavillon, et malgré un traitement de longue durée, il semble demeurer un délire et des hallucinations fort actifs. Mme G. hurle de nombreuses heures dans la journée. Les patients ont du mal à supporter ses cris, et elle se trouve souvent seule dans une pièce commune désertée ou dans sa chambre fermée.

Ses cris emplissent le pavillon mais personne ne semble les entendre : ils font à tel point "partie des murs" (partie muette du cadre) pour l'équipe, qu'ils ne sont plus distingués comme forme*. Après une réunion d'équipe dans cette unité, nous décidons de mettre en place un suivi psychothérapique.

Mme G. est assise sur une chaise dans le grand salon vide. Elle est recroquevillée sur elle-même et souvent en proie à des sursauts brusques comme pour éviter des agressions ou se défendre d'objets qui semblent lui apparaître. Mme G. ne parle pas mais pousse des cris qui apparaissent comme des cris de terreur, de détresse, angoissée et les yeux grands ouverts, presque exorbités. Mme G. semble "halluciner" de façon quasi-permanente, avec de brèves accalmies où elle laisse tomber sa tête entre ses mains, épuisée. Puis elle la relève soudain dans une extrême tension, en hurlant, elle se recroqueville sur sa chaise, les mains tétanisées pointant dans une direction, ou tendant les mains en avant, comme pour les interposer, pour se protéger face à ce qui semble être l'attaque d'un objet.

¹ Maître de Conférences, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex.

² Professeur, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex.

³ Maître de Conférences, Faculté de Psychologie, Aix-Marseille 1, Av. R. Schuman, 13627 Aix-en-Provence Cedex.

⁴ Psychiatre, Praticien Hospitalier, Digne

* Les membres de l'équipe ne pensent pas que ses cris soient liés à des hallucinations mais simplement au fait que la patiente est sénile. Cette position institutionnelle par rapport à Mme G. semble masquer ce que les soignants ne peuvent entendre d'elle et d'eux-mêmes (ce qu'elle leur renvoie de leur impuissance à la soigner et à la soulager, à arrêter ou même à diminuer ses hallucinations). Leur résistance à "reconnaître" les hallucinations de Mme G. peut être comprise comme une tentative d'isolement de la partie psychotique du service qui semble avoir été déposée dans cette patiente : celle-ci est reléguée dans une pièce souvent inoccupée, seule, et personne ne l'entend plus.

Expérience de chaos et de déliaison dans l'expérience hallucinatoire : la détresse éparpillée

Mme G. est *seule* dans le salon, la grande pièce où les autres malades évitent peut-être d'aller quand elle est là (premier entretien). Je m'assieds près d'elle et je me présente. Mme G. ne prononcera pas un mot. si ce n'est des sons inarticulés, accompagnés de mouvements de la tête qui font penser à des "oui" ou des "non". Elle tourne les yeux dans ma direction. Son regard semble me traverser sans s'arrêter sur moi et je me demande si elle est consciente de ma présence. Je ne repère aucun geste ou mimique qui m'indique que j'existe pour elle.

Alternent des moments de calme et des mouvements de grande tension. Elle effectue des activités répétitives qui s'interrompent par des cris de terreur. Pendant un long moment, elle ouvre et ferme les boutons de sa vieille veste en laine en poussant de petits cris stridents. Elle surveille des lieux précis de la pièce où je ne remarque aucun support particulier, elle lance également des coups d'oeil répétitifs vers un trou de son vieux pull. Puis, soudain, son visage se crispe. Elle regarde ses chaussures, inquiète, puis les secoue, de plus en plus fort, les tape contre le pied de la table, comme si elle voulait en décoller quelque chose. Je la sens alors dans une grande détresse. Mme G., sursaute, et recule brusquement, "par bonds" avec sa chaise, en pointant du doigt une direction précise par terre. Tout en reculant, elle continue à désigner un point dans l'espace à un mètre de distance de son pied. Mme G. recule sur son siège, comme pour fuir, la panique dans les yeux. Elle pousse alors des hurlements. De ce premier entretien, il me reste une impression chaotique et d'éparpillement. Je me sens démuni, et je me demande si je vais pouvoir soulager une telle détresse.

L'hypothèse de l'hallucination : un point qui se déplace dans l'espace est habité par un objet

Au cours du second entretien, la semaine suivante, Mme G. crie beaucoup ; je m'assieds près d'elle. Mme G. tient sa tête entre ses mains. Soudain, ses yeux se "chargent" d'affects, exorbités et se fixent sur un point précis de la pièce. Je regarde à mon tour dans cette direction, cherchant d'abord un support externe à cette tension extrême. Mais je ne remarque aucun support matériel à partir duquel le phénomène aurait émergé.

Tout en hurlant, Mme G. indique ce point dans l'espace avec une puis avec ses deux mains (formant une parallaxe), ce qui me permet de localiser ce point dans l'espace et d'en observer la trajectoire. Je lui dis que j'ai l'impression qu'elle montre une direction précise, là, devant moi. Ce point de l'espace se déplace vers elle. Mme G. crie (épouvantée), se raidit et s'en protège avec ses mains et ses bras comme s'il s'approchait dangereusement. Elle essaie ensuite de reculer sa chaise, horrifiée. Je fais alors l'hypothèse que ce point est "habité".

Je dirige le doigt dans cette direction en suivant comme elle la trajectoire et elle pousse un cri un peu différent ("Heinii"), en me regardant, paniquée. les yeux exorbités, extrêmement expressifs, traduisant la terreur. Son angoisse apparaît comme une *angoisse de vide*, d'aspiration, comme si son regard cherchait à être contenu, tenu. Cela m'évoque une expérience *primitive de détresse très archaïque**. Je dis : "Vous montrez quelque chose dans cette direction (tout en pointant la direction) [...] ça vous fait très peur, et ça s'approche de vous." Son regard, toujours très expressif, semble alors par moments signifier qu'elle "saisit" quelque chose de mes

paroles qui trouvent un écho en elle, ce qu'elle traduit également par un mouvement de tête et un cri particulier moins chargé de détresse.

Arrêtons-nous un moment pour retravailler quelques points de ces deux premiers entretiens avec Mme G. Les "faits de la séance" : excitations visuelles et auditives (excitations d'origine externe) sont envahissantes dans un premier temps, comme dans une expérience de chaos : déliaison, éparpillement et tension extrême. Mon vécu de la séance se résume à des cris, des gestes brusques, des regards, des expressions extrêmement angoissées de Mme G. que je ne peux élaborer, et que je saisis comme perceptions visuelles et auditives. L'hallucination est accompagnée de décharges motrices (gestes brusques, hurlements) et de réactions somatiques (yeux exorbités, parties du corps tétanisées). Cette tension inélaborable a un effet dans la dynamique institutionnelle (contre-transfert institutionnel), où l'intolérable de ce qu'elle éprouve est gommé et nié. Dans la relation clinique, nous repérons des effets de cette tension qui rend difficile le travail de pensée mais donne également des indices sur son vécu interne.

L'incapacité de transformer les productions émotionnelles de Mme G. semble sous-tendue par une incertitude sur la possibilité de travailler avec elle**.

Puis, lors du deuxième entretien, quand je fais l'hypothèse que le point de l'espace montré par Mme G. est "habité par un objet", je passe de l'observation à l'hypothèse. Ici, mes perceptions (ses gestes qui indiquent des points précis de l'espace) sont transformés en pensées, en représentations : un point qui bouge dans l'espace est habité par un objet***. Je les restitue à Mme G. sous forme de verbalisations ; je nomme ses actes et ses cris, mais pas encore les affects sous-jacents. Le mouvement de transformation élaboratif s'opère donc en trois temps : des "faits" de la séance en perceptions, des perceptions en pensées, des pensées en mots. Je présume ici que nous pouvons entrer en relation, ne serait-ce qu'à minima. Cela ne signifie pas que nos vécus de la séance soient identiques, mais qu'il peut y avoir un point de rencontre entre nous, un élément commun, une "illusion efficace" (Thaon, 1985). Ce cheminement est doublé d'un mouvement *en elle* : elle tourne la tête vers moi quand j'entre dans la pièce, et exprime de plus en plus qu'elle est sensible à ma présence et à mes interventions.

Travail à partir des cris de détresse : la liaison et le pare-excitations

Lors du quatrième entretien. Mme G. halluciné un objet, elle le surveille, inquiète et le montre du doigt. Elle déplace ses mains, et je comprends que l'objet se déplace dans ma direction. Elle hurle des sons qui se rapprochent phonétiquement de "yeu" ["Yeuuuu". "Yeuuu"...]. Par approximations successives, je mets en mots les sons repérés dans ses cris. Son cri m'évoque "yeux". Elle me fixe de ses yeux exorbités.

Je dis en la regardant : "Les yeux" (tout en pensant en moi-même "mes yeux"). Mme G. s'arrête alors net de crier et de bouger. Elle dit (quelque chose que je comprends comme un "oui" un peu distordu [iouuu] et elle fait un mouvement vertical de la tête. Ce qui a été dit semble avoir eu un instant un écho en elle, mais elle se remet aussitôt à crier, et je comprends autre chose, un cri qui pourrait être transcrit par "Yeun" ["Yeunnn Yeunnnn"]. Me sentant inscrit dans la relation par ce "Yeun", je suis, peut-être, plus à l'écoute de ce qu'elle peut tenter de signifier. J'entends alors non plus "Yeux", mais "Yeunnn" : jeune. Je lui dis : "Jeune... moi aussi je suis jeune". A

* Je sens également une grande tension en écho contre-transférentiel.

** Cette incertitude et mon impression de chaos et de sensation d'impuissance face à sa souffrance m'amène à me rapprocher momentanément de la position idéologique empruntée à l'équipe ("elle est sénile") et me servira de défense contre cette expérience chaotique lors du premier temps de la relation. Ma capacité d'accueillir et transformer les affects dans la relation ne s'est élaborée qu'à partir du moment où a pu se constituer en moi un espace pour une rencontre possible, concomitant à l'abandon de l'hypothèse de la sénilité de Mme G. Je repère ainsi un trajet dans la relation, où je commence à accepter vraiment qu'elle ne soit pas uniquement sénile, qu'elle hallucine et s'angoisse massivement.

*** Pour nous, l'hallucination est un objet (ou un pseudo-objet) : elle est localisée, spacialisée, constituée de parties différenciées.

nouveau, elle s'arrête net de crier et répond distinctement : "Oui". Elle baisse la tête, elle est détendue mais semble très fatiguée.

Les verbalisations "les yeux" et "jeune" semblent constituer un moment charnière dans la relation. En disant "Moi aussi je suis jeune", je m'offre à la projection, comme objet externe, j'appelle à la projection. En d'autres termes, je me place à l'endroit où je peux être trouvé (Winnicott, 1971; Gimenez, G., Pédinielli J.-L., Rouan, G., Guimont, M., 1997).

Dans une position analogue à la mère face au bébé qui pleure, je me place à l'endroit où je peux être concerné par ses expressions de détresse, et je finis par être appelé. Ses tensions pourront plus tard être reçues puis transformées à partir de cet objet extérieur unificateur que je m'offre à être. Les deux réponses : "les yeux" et "moi aussi je suis jeune", font intervenir une transformation dans la production hallucinatoire. A partir de ce moment, Mme G. commence à halluciner à partir d'objets m'appartenant ou de parties de mon corps.

Le clinicien comme pare-excitations

Un peu plus tard dans le même entretien*, alors que Mme G. indique de ses deux mains un point dans l'espace qui se déplace, je me demande si interposer un objet (vivant) entre l'hallucination et Mme G. pourrait la calmer, comme un pare-excitation. J'avance mes deux mains côte à côte, à plat vers le point de l'espace qu'elle désigne toujours. Il semble que les deux mains n'y suffisent pas. Je déplace ma chaise pour m'asseoir entre Mme G. et «l'objet». Elle fait alors un mouvement de la tête et de son buste à droite puis à gauche, plusieurs fois, comme pour essayer de "voir" derrière moi. Je formule deux hypothèses. D'une part, si un corps entier a caché l'hallucination là où deux mains ont échoué à le faire, c'est que la taille de l'objet halluciné se situe entre celle des deux mains, posées à plat l'une contre l'autre, et celle du corps. D'autre part, la "rupture du contact visuel" avec l'hallucination calme Mme G., mais elle cherche à nouveau à la percevoir. On aurait pu s'attendre au contraire qu'elle fuie l'objet halluciné. Je me demande alors si elle tente ainsi de contrôler l'objet halluciné. Je dis : "Je me suis placé entre vous et ce que montrez dans l'espace et qui semble vous terroriser, cela vous a calmé un peu, mais vous continuez à le chercher du regard, comme pour le contrôler". Elle me dit alors un mot un peu mâché qui évoque un "oui" ["Ouiéiéi"] et met sa tête entre ses mains. Elle paraît un peu plus détendue.

Hallucinations et expérience de la rupture

Hallucination à partir d'un support inanimé

Je sens qu'un début de contact s'est établi avec Mme G. et j'essaie, lors des entretiens suivants, de repérer ce qui provoque de grandes angoisses chez elle. Mme G. ouvre et ferme répétitivement la boutonnière de sa vieille veste de laine. L'espace laissé ouvert par la boutonnière semble à la fois l'horrifier et la fasciner. A d'autres moments, elle regarde par la fenêtre et suit du regard des gens qui passent, prononçant des paroles confuses pour moi. Son regard et sa façon de suivre ces gens change de façon brutale quand ils *disparaissent* de son champ visuel et échappent à son regard ; elle

commence alors à se tétaniser ; ses yeux se figent, exorbités : elle s'agite et hurle... se protège ; son visage se crispe.

Quelquefois. Mme G. regarde des oiseaux, des pies qui se posent dans le jardin du pavillon, puis hurle quand ils s'envolent.

Le clinicien comme support externe

Elle hallucine également à partir d'objets m'appartenant ou de parties de mon corps" : ma cheville, ma montre, le fermoir de ma montre, ma bague, la boutonnière de ma chemise ou l'extrémité de la manche de mon polo.

Remarquons que Mme G. hallucine à partir d'objets, liés à l'absence et la séparation (apparition/disparition des passants, disparition des pies de son champ visuel, ouverture/fermeture de boutonnières); ces objets sont également liés à la *discontinuité*, et la *rupture*, par exemple à partir des chaussettes (discontinuité habit/peau), de la manche du polo (discontinuité tissu/peau du poignet), de la bague (discontinuité peau/bague), de la montre*** (discontinuité peau du poignet/montre), du fermoir de la montre (associé directement à son activité d'ouverture/fermeture de la montre sur le poignet). Les discontinuités indiquent un arrière de la surface (un volume), une partie cachées de l'objet, une part absente, soustraite au regard, une absence. A la limite de la manche comme de la chaussette, la peau auparavant invisible, devient visible ; quelque chose de caché apparaît comme une préfiguration de la séparation contre laquelle lutte l'hallucination.

Ces situations ont ainsi un point commun : elles sont toutes des situations de tension psychique liées à la rupture, la discontinuité. et la séparation impensable de l'objet. Cette tension est ainsi constituée par l'absence non élaborable de l'objet qui perturbe la continuité psychique****.

La patiente hallucinerait ainsi à partir de supports qui porteraient la marque d'une rupture impensable. Je fais l'hypothèse que l'objet qu'elle percevait, et qui a disparu, est transformé en un autre objet appréhendé de façon persécutive. Comme le dit Bion, l'absence de l'objet est retournée en une présence persécutive. La disparition de ces "objets", le "néant", le vide qu'ils créent par leur non-présence, qui n'est pas encore appréhendé comme une absence, semble liée à ses hallucinations persécutives. L'hallucination permettrait à Mme G. de se défendre contre cette situation inélaborable de rupture en créant une nouvelle réalité (néo-réalité) hallucinatoire. Les hallucinations se détacheraient alors de ce support perceptif tout en demeurant le lieu de dépôt d'une tension insupportable. Il s'agirait en fait d'une part du sujet externalise et contrôlé à l'extérieur. Ce qui n'a pu être pensé à l'intérieur de l'appareil psychique fait retour du dehors, sous forme de perception (Freud, 1911b : Lacan, 1955-56. 215). Ce qui n'est pas symbolisable (ici la séparation) revient de l'extérieur, appréhendé comme perception. C'est ce que je propose de nommer le "retour du rejeté" (Gimenez, 1994). Mais ce retour se fait avec une grande violence : le sujet retrouve dans le contact avec l'hallucination la charge d'affects dont il avait tenté en vain de se débarrasser.

* Alors qu'elle se blottit, terrifiée, je pose ma main sur son épaule et ce contact corporel la calme quelque peu. Je tente de mettre en mon les gestes qu'elle esquisse :

** Vous avez regardé attentivement vos chaussures, vous avez agité vos pieds, comme pour en décoller quelque chose que vous semblez surveiller là " (indiquant avec ma main le point de l'espace qu'elle ne quitte pas des yeux. Je fais l'hypothèse que Mme G. a halluciné un objet ou une scène à partir d'un support, ses chaussures, et qu'elle suit des yeux l'objet halluciné qui se dirige maintenant vers elle.

*** Ce type d'hallucination n'est pas uniquement un phénomène psychique interne où le sujet projeterait des contenus internes sur un écran blanc, mais qu'il s'étaye sur des processus perceptifs qui lui servent de supports (cf. Wolff, 1957 hallucinations encadrées et encadrantes).

**** A ce point de la relation, les émotions et affects que nous ressentons, en tant que réactions contre-transférentielles, font partie des "faits de la séance". Je commence à recevoir (contention) et à transformer (fonction alpha) des affects bruts (éléments bêta) projetés dans des objets, en émotions (éléments alpha) contenues et chargées de sens, c'est-à-dire reliées à un objet (Bion, 1962).

***** Mme G. sera ainsi encore irritée, plusieurs mois plus tard, par un trou dans sa robe. Et lorsqu'elle participe à une activité d'écriture à partir de lettres d'un Scrabble, elle ne supporte pas la lettre-joker blanche : elle la retourne en criant, angoissée.

P ces de la représentation de l'absence à partir d'un objet concret externe : l'écharpe

Quelques semaines plus tard, à la fin de l'entretien, elle crie, comme pour exprimer sa souffrance extrême à la rupture, quand nous • lions nous séparer. Très touché par ses hurlements de détresse, j'ai quelques difficultés à partir et reste dans la même pièce pour prendre des notes. Je lui dis que je vais écrire un peu. Elle pousse un cri et indique mon écharpe avec sa main. Je la lui tends : elle la saisit et la tient de façon particulière, de la main . pendant que l'autre indique un endroit précis de l'écharpe, r , je remarque rien de particulier. Pendant les vingt minutes où je prends des notes, elle ne crie pas, mais de temps à autre elle me regarde, et, un peu inquiète, semble toujours surveiller un objet dans le coin de la pièce. Son activité avec l'écharpe paraît la calmer*. Au moment de mon départ, elle me tend d'elle-même l'écharpe, en me recardant dans les yeux. Les yeux de Mme G. rougissent et s'humectent. Elle se met à sangloter. Je ressens en moi, en écho, une montée d'émotions, et je suis très ému. Je tente de verbaliser cette émotion que je partage, et la peine qu'elle peut ressentir devant la • :o et la séparation.

L'écharpe a un statut particulier dans la relation : objet qu'elle me demande et qu'elle rend d'elle-même quand je pars. La séparation la conduit à des émotions dépressives, peut-être liées à des souvenirs, dont l'accès n'est plus protégé par les hallucinations. L'écharpe fonctionne ici comme intermédiaire qui lui permet de penser le départ, et d'éprouver des affects dépressifs (Thaon, 1985; Gimenez, 1996). Mme G. peut commencer à se représenter le thérapeute à partir de l'écharpe, au moment même où il essaie de représenter la relation en prenant des notes. L'écharpe est ainsi ien entre elle et moi, surface plane mais également enveloppante , vin cou) qui pourrait nous relier". L'écharpe fournit ainsi une surface d'étayage dont elle a besoin pour penser l'absence de l'objet. Quand elle regarde l'écharpe, elle construit des représentations de liaison entre nous. Elle me rend l'écharpe représentant ma présence, et peut ainsi commencer à penser cette partie d'elle liée à moi. accédant à la dépression. Elle pleure mon départ et la perte d'une partie d'elle qui disparaît avec moi. L'écharpe se met à fonctionner pour Mme G. comme une véritable présentation : un carrefour qui inclut des liaisons à la situation elle (relation à une personne qui peut être présente ou absente), mais aussi à des situations antérieures (souvenirs d'objets perdus, émotions ressenties à ce propos). Ce qui rend possible cette nouvelle articulation est le statut nouveau de l'objet, qui peut être demandé sans se confondre avec le sujet et peut être rendu sans se perdre dans l'objet, véritable objet de relation (Gimenez, 1996).***

Représentation de la présence et de l'absence par les représentations de mots

an et deux mois après le début de la thérapie, alors que Mme G. regarde une revue, elle hurle en suivant les lignes d'un reportage sur la guerre à l'aide d'un doigt. Je me demande si elle hallucine à partir d'un support ou si elle lit et réagit au contenu du récit. Je lui dis que je vais noter les passages qu'elle désigne. Je les écris puis, dans un second temps, je les relis à haute voix. Je suis alors bouleversé d'observer qu'elle suit sur la revue, du doigt, les passages que je lis à haute voix : je comprends alors qu'elle lisait et n'hallucinait pas sur un support, les lignes des articles.

Voici quelques extraits de ces notes : "Sans nourriture et sans

breuvage, j'eus envie de me laisser tomber et de mourir. Où allais-je ainsi, tel un fantôme, parfois seul, parfois entouré d'individus? Puis, je pensais à ma famille, à mon pays, et les forces me revenaient. (Mme G. crie en indiquant ce passage). Et ces jeunes filles violées, je n'avais rien à leur reprocher" (Mme G. secoue violemment la revue, et se met à crier : "volé" !). "J'ai vu la mort de mes compatriotes... (Elle crie : "Mo, Mo"),... Que leur dit-on, suis-je vivant, suis-je mort, suis-je prisonnier ?"

Il semble que Mme G. trouve dans la revue une figuration du vécu interne qu'elle ne pouvait encore mettre en mots. De plus, par ce texte, elle communique ses affects et son appel : elle se sent comme un fantôme entre la vie et la mort ; qui viendra la chercher ? Mme G. a ainsi réagi à des traces écrites relatives à la présence/absence, la séparation et la mort*** ; ceci de façon similaire à ses réactions aux

hallucinations : la rencontre avec le mot, représentant des objets absents, peut également déclencher des réactions affectives très fortes chez elle, liées au contenu de ce mot.*****

Ainsi à la fin d'un autre entretien (dans la deuxième année de la thérapie), après un mouvement d'oscillation du regard entre le thérapeute et un objet halluciné au plafond, elle sanglote, me tient la main, l'approche de son visage et la touche avec son front. Puis Mme G. me regarde, le visage imprégné de larmes : "o'voi", "o'voi", (au revoir). Elle parviendra également (au même moment) à prononcer une partie de mon nom, "MENEZ", en tapant avec ses mains sur son front.

Mme G. a ainsi commencé à utiliser les mots comme représentations d'objets perdus.

Conclusion

Nous avons présenté quelques éléments d'observations cliniques des premières rencontres avec Mme G. ; nous avons tenté de repérer d'une part la dynamique de la mise en place de la relation, et d'autre part le rapport entretenu entre *l'absence* non élaborable de l'objet (séparation, discontinuité, rupture) et l'hallucination. Nous repérons que les hallucinations de Mme G. apparaissent dans des situations de tension psychique liées à la **rupture**, la **discontinuité**, et la **séparation** impensable de l'objet. Cette tension est ainsi constituée par l'absence de l'objet qui perturbe la **continuité** psychique.

L'hallucination permet à la patiente de se *défendre* contre cette situation inélaborable de rupture créant une néo-réalité et en la contrôlant : *Mme G. ne quitte pas son hallucination des yeux. Il évite ainsi l'effondrement, la dépression primaire.* Le sujet n'est alors pas en contact avec les affects dépressifs, qu'il aurait ressentis s'il avait éprouvé puis élaboré cette situation de séparation. Toutefois, ces affects peuvent être éprouvés après-coup, avec le thérapeute investi dans la relation transférentielle.

L'hallucination apparaît comme une défense contre la représentation de l'absence, et contre de l'affect dépressif (primaire). Elle survient aux lieux même de la rupture et de la discontinuité qu'elle vise à combler par une présence sensorialisée, ou, en d'autres termes, par une "**sensorialisation**" de l'objet absent. Elle **suture** la **rupture** sans la représenter comme une absence, par la création d'une néoréalité hallucinatoire, appréhendée comme **présentification** de l'objet.

* Elle semble ici proche de l'investissement de l'objet contra-dépressif dont parle Winnicott, le différenciant de l'objet transitionnel, [1971]

Les affects liés à notre séparation sont peut-être associés à des représentations d'autres situations de séparations et de ruptures vécues par Mme G. •

Quelques mois plus tard, je proposerai à Mme G. un "jeu " de présence/absence avec des allumettes qu'elle a récupérées dans un cendrier, les vieux cendriers en inox fixés au mur. Elle parviendra alors à représenter leur absence à partir d'un support, d'une trace : leur forme que nous avons dessinée sur une feuille de papier. Mme G. pleure également très souvent, exprimant des affects dépressifs lors de notre séparation, ce que nous essayons de travailler.

Je me présenterai plus tard, lors des entretiens, avec un scrabble. Le premier mot que Mme G. arrivera à écrire est le mot "TUER"...

Ce terme, "mort", semble renvoyer à une problématique d'abandon, de perte irrémédiable. Remarquons également que "violé", persécutif et intrusif, devient "volé", problématique liée à la perte. Mme G. pourra, de temps en temps, utiliser quelques mots pour parler de l'absence et de la séparation.

Ce phénomène semble venir à la place où aurait pu advenir une pensée : les hallucinations laissant progressivement place à des engagements plus relationnels, voire des mots. Cette utilisation de l'hallucination comme à la fois défense contre la représentation de l'absence et contre l'affect dépressif, renvoie aux processus primaires tels que les a conceptualisés S. Freud (1911a). Comme défense, l'hallucination permet au patient de ne pas être directement confronté à l'absence non élaborable de l'objet dont il attendait satisfaction, étayage, et contenance. Elle lui permet également de ne pas ressentir d'affect dépressif, retourné quelquefois en hostilité. L'hallucination apparaît aux lieux qui signent la rupture, appréhendée comme une béance, un néant, le rien (une non présence qui n'est pas encore saisie comme une absence). Béance comblée par une présence, celle d'un "pseudo-objet" hallucinatoire, spatialisé et localisé.

En se plaçant à l'endroit où il peut être trouvé, mais aussi où il est interpellé contre-transférentiellement, le clinicien est progressivement investi comme objet, comme support à l'hallucination*. Progressivement, les processus de pensée (processus secondaires) permettront de représenter l'absence de l'objet, comme nous l'avons observé dans l'investissement de l'écharpe comme objet intermédiaire de relation. La clinique nous rappelle que la représentation de mot, pour autant qu'elle soit co-présente à l'affect, est le meilleur représentant de l'objet absent ; ici le centrage sur l'objet intermédiaire "écharpe" est remplacé par l'emploi de mots qui permettent d'appeler (comme le nom : "MENEZ") ou signent la rupture (elle dit au revoir : "O'voï") ■

REFERENCES

BION, W. R., 1962. Aux sources de l'expérience. Paris : Presses Universitaires de France, 1979.

BION, W. R., 1965. Transformations. Paris : Presses Universitaires de France, 1982.

FREUD, 1911a. Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In Résultats, idées, problèmes, 1. Paris : Presses Universitaires de France, 1984, 135-143.

FREUD, 1911b. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber). In Cinq psychanalyses. Paris : Presses Universitaires de France, 1970, 263-321.

GIMENEZ, G., 1994. Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant présymbolique. In : D. ANZIEU (directeur), B. GIBELLO, D. HOUZEL, S. TISSERON, G. LAVALLEE, G. GIMENEZ, BARRUEL. L'activité de pensée, émergences et troubles. Paris : Dunod, 145-156.

GIMENEZ, G., 1996. Objet de relation et gestion du lien contre-transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre. Actes des XIe Journées d'Etudes du C.O.R. (Cliniques des Objets de Relation). Objet et contre-transfert, Arles, 1 et 2 avril 1995.

GIMENEZ, G., PEDINIELLI J.-L., ROUAN, G., GUIMONT, M., 1997. «Le matériel culturel comme interface dans la relation thérapeutique avec les patients délirants mystiques». Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, n°4. 50-53.

LACAN, J., 1955-1956. Les Psychoses, Le séminaire. Livre III. Paris : Seuil, 1981.

THAON, M., 1985. Introduction aux objets de relations. In Après Winnicott, la place de l'objet dans le travail clinique, Actes des journées d'études du C.O.R.. Rencontres cliniques, Hôpital Joseph Imbert, Arles, 13-17.

WINNICOTT, D. W., 1971. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard, 1975.

WOLFF, E., 1957. Auto-observation d'hallucinations en majorité lilliputiennes. Explication proposée : distinction des hallucinations encadrées et des hallucinations encadrantes. Annales Médico-Psychologiques, I, n°1, 1-34..

* *Le vécu intolérable lié aux discontinuités (habit/peau, chaussette/cheville, trou du polo, fermoir de la montre, etc... renvoyant aux ruptures, préfigurations des séparations contre lesquelles le patient se défend hallucinatoirement, commence à se figurer (ouvrir-fermer, être présent-absent), tout en se transférentialisant*. Progressivement, "l'agrippement" laisse place au lien figuré par un objet du clinicien. Peuvent alors émerger les émotions dépressives et les représentations d'absence de l'objet. Le patient parvient à symboliser la séparation et la perte de l'objet.*

GIMENEZ, G., PEDINIELLI, J.L., ROUAN, G., GUIMONT, M., 1997. Hallucination et expérience de la rupture ". *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°13, 28-32.

Mots clefs : les lieux portant la marque de la rupture comme, supports d'hallucinations, spacialisation de l'hallucination, hallucination et travail de mise en sens dans la relation clinique (articulation avec le clinicien support de projection), de la figuration hallucinatoire à la représentation par un objet du clinicien puis à la mise en mots (représentation de parole).

Cas cliniques : Mme G.